

Ärztlicher Fragebogen



Stand: 13.08.2019 / HSB / KI

Haus Sonnenblick, Sudetenstr. 81, 97737 Gemünden

Tel: 09351/3717 Fax: 09351/99785

Email: haus-sonnenblick@awo-unterfranken.de

Kundendaten:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Versichertennummer:	

Diagnosen:

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten:

Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitssymptome:

Besteht ein/e (zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle
<input type="checkbox"/> Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Ernährungssonde	

Liegt eine Suchterkrankung vor? nein ja , welche:

--

Bestätigung des Arztes:

Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose (§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen sonstiger meldepflichtiger Krankheiten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Besteht eine Hepatitis Infektion	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Besteht eine Infektion/Kolonisation mit multiresistenten Erregern	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Besteht eine HIV Infektion	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nicht bekannt <input type="checkbox"/>

